



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

**FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO NEGATIVA DE
SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS**

DANILO BARBOSA MORAIS

São Cristóvão

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

**FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO NEGATIVA DE
SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS**

DANILO BARBOSA MORAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Jerônimo dos Santos Silva

São Cristóvão

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Morais, Danilo Barbosa

M827f Fatores associados à percepção negativa de saúde e qualidade de vida em idosos / Danilo Barbosa Moraes ; orientador Roberto Jerônimo dos Santos Silva. - São Cristóvão, 2017.

53 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Educação Física. 2. Idosos. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde. 5. Aptidão física. 6. Atividade física I. Silva, Roberto Jerônimo dos Santos, orient. II. Título.

CDU 796:613.98

DANILO BARBOSA MORAIS

FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

Aprovado em ____/____/____

1º Examinador: Prof. Dr. Roberto Jeronimo dos Santos Silva

2º Examinador: Prof. Dr. Felipe José Aida Martins

3º Examinador: Prof.^a. Dra. Nara Michele Moura Soares

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a Deus por ter permitido subir mais um degrau de sucesso e por ter me dado o bem mais precioso que se chama família.

Um agradecimento especial aos meus pais, José Carlos Morais e Marinalva Barbosa Morais, pelo apoio, ensinamento e por ser à base de tudo em minha vida. Aos meus irmãos Anderson e Vanessa, que com muito zelo e destreza souberam ser o suporte de muitas coisas em minha, a minha sobrinha Duany Letice, muito amor envolvido. Agradeço também aos meus familiares paternos e maternos que souberam muitas vezes entender a distância pelo foco no mestrado, em especial a minha tia Miriam, Lucinha, Maria de Lourdes, Leninha, Maria José, obrigado pelas bênçãos ao querido sobrinho.

Aos meus amigos e irmãos que a vida me deu Glauber Rocha, Diego Melo, Jonedir Rocha pelo apoio prestado em momentos difíceis, ao amigo Alan Cavalcante por me acompanhar nas viagens para a UFS e ter a paciência de sempre, grande parceiro. A meus amigos Xuxus do mestrado, Andressa e Gilberto pela parceria nesses dois anos e por todo o suporte em nossos trabalhos, ao amigo e primo Luan Morais, obrigado garoto.

Agradecer ao meu mentor Prof. Dr. Roberto Jerônimo dos Santos Silva, por todo conhecimento adquirido durante esses dois anos e pela oportunidade de poder realizar mais um sonho em minha vida, muito obrigado!!

Agradecer também ao grupo de pesquisa de qual eu faço parte, Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão "UFS em Movimento", um agradecimento a todos os colegas e amigos de pesquisa, em especial a Josy, Walfran, Kenia, Mona, Keyne vocês estiveram durante todo o processo de coleta de dados, tornando possível essa pesquisa.

Agradecer a todos os idosos que de livre e espontânea vontade participaram da pesquisa, aos ACS e coordenadores da Secretaria de Saúde de Cedro de São João, e em especial ao Gestor Municipal Neudo Alves pelo apoio e liberação da pesquisa.

O meu mais sincero sentimento de gratidão. Muito obrigado!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A percepção de saúde é um indicador utilizado em inquéritos de saúde que, embora subjetivo, propicia uma medida eficaz, rápida e de baixo custo sobre a saúde de grupos populacionais. **OBJETIVO:** Analisar fatores associados à percepção negativa de saúde e qualidade de vida em idosos. **MÉTODOS:** trata-se de uma pesquisa caracterizada como estudo transversal. A população da pesquisa foi composta de idosos cadastrados na base de dados SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. A amostra foi composta por 224 idosos do município de Cedro de São João (SE), com média de idade de $70,58 \pm 6,43$ anos. Utilizou-se instrumento compilado a partir dos questionários ABEP, WHOQOL-BREF, IPAQ e Sênior Fitness Test (SFT) para descrição do nível socioeconômico, a percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde, os níveis de atividade física e a mensuração da aptidão física, respectivamente. Foi utilizada a regressão logística binária com nível de significância de 5% organizada em modelo univariado e multivariado. Para tratamento estatístico foi utilizado o SPSS versão 22. **RESULTADOS:** As variáveis: flexibilidade “ruim” de membro superior OR= 2,43 (1,37 – 4,31) e flexibilidade “ruim” de membro inferior OR= 2,69 (1,54 – 4,69) apresentaram associação significativa com o desfecho percepção negativa de saúde. Para a percepção negativa de qualidade de vida, o responsável financeiro “não” OR= 0,33 (0,12 – 0,85) apresentou menores chances de percepção negativa de qualidade de vida. A flexibilidade “ruim” de membros inferiores bruta OR= 2,52 (1,45 – 4,39) e ajustada OR= 2,42 (1,38 – 4,24) mostraram ter quase três vezes maiores chances de percepção negativa de qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** Os fatores sociodemográficos não apresentaram associação significativa para a percepção negativa de saúde. O responsável financeiro no modelo bruto e ajustado foi bastante significativo, apresentando relação de associação com a percepção negativa de qualidade de vida. Analisando as variáveis funcionais a flexibilidade de membros superiores e inferiores estiveram associadas à percepção negativa de saúde no modo ajustado e multivariável. Na percepção negativa de qualidade de vida se manteve associado apenas a flexibilidade de membros inferiores.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Envelhecimento; Percepção de saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Health perception is an indicator used in health surveys that, while subjective, provides an effective, rapid and cost-effective measure for the health of population groups. **OBJECTIVE:** To verify the factors associated with negative perception of health and quality of life in the elderly. **METHODS:** this is a research characterized as a cross-sectional study. The research population was composed of elderly people registered in the database SIAB - Basic Attention Information System. The sample consisted of 224 elderly individuals from the city of Cedro de São João (SE), with a mean age of 70.58 ± 6.43 years. A tool compiled from the ABEP, WHOQOL-BREF, IPAQ and Senior Fitness Test (SFT) questionnaires was used to describe the socioeconomic level, the perception of quality of life and health satisfaction, physical activity levels and the measurement of Respectively. Binary logistic regression was used with significance level of 5% organized in a univariate and multivariate model. SPSS version 22 was used for statistical treatment. **RESULTS:** The variables: "poor" upper limb flexibility OR = 2.43 (1.37 - 4.31) and "poor" lower limb flexibility OR = 2.69 (1.54 - 4.69) had a significant association with Negative Perceived Health Negative Perception. For the negative perception of quality of life, the financial person responsible "no" OR = 0.33 (0.12 - 0.85) presented lower odds of negative perception of quality of life. The "bad" flexibility of lower limbs gross OR = 2.52 (1.45 - 4.39) and adjusted OR = 2.42 (1.38 - 4.24) showed almost three times greater odds of negative perception of quality of life. **CONCLUSION:** The sociodemographic factors did not present a significant association for the negative perception of health. The financial controller in the crude and adjusted model was quite significant, presenting an association relation with the negative perception of quality of life. Analyzing the functional variables the upper and lower limb flexibility were associated with the negative perception of health in the adjusted and multivariate mode. In the negative perception of quality of life, only the flexibility of lower limbs was associated.

Keywords: Quality of life; Aging; Perception of health.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Classificação das variáveis utilizadas no estudo, 2016.....	21
---	----

Tabela 2 - Características da amostra de idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016.....	24
--	----

Tabela 3 - Associação entre a Satisfação Negativa de Saúde e as Variáveis independentes em Idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016.....	26
--	----

Tabela 4 - Associação entre a Percepção Negativa de Qualidade de Vida e as Variáveis independentes em idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016.....	28
---	----

Lista de Quadros

Quadro 1 - Categorização das variáveis utilizadas no estudo, 2016.....	22
---	----

Lista de Abreviaturas

QV – Qualidade de Vida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

SIAB – Sistemas de Informação da Atenção Básica

SFT – Senior Fitness Test

CNS – Conselho Nacional de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ACS – Agente Comunitário de Saúde

IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física

NSE – Nível Sócio Econômico

ABEP – Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas

OR – Odds Ratio

IC – Intervalo de Confiança

NAF – Nível de Atividade Física

AVD – Atividade de Vida Diária

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Quadros.....	ix
Lista de Abreviaturas.....	x
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Contexto/Justificativa.....	3
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 Envelhecimento Populacional.....	5
2.2 Qualidade de Vida e Saúde.....	8
2.3 Aptidão Neuromotora em Idosos.....	12
3. OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4. MATERIAL E MÉTODOS	17
4.1 Tipo de Estudo.....	17
4.2 População e Amostra	17
4.3 Procedimento de Coleta de Dados	18
4.5 Procedimentos éticos	20
4.6 Variáveis do Estudo.....	21
4.7 Análise Estatística.....	23
5. RESULTADOS	24
6. DISCUSSÃO	29
7. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS	43
ANEXO I	44
ANEXO II	45

1. INTRODUÇÃO

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século no Brasil, em que se observa uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (QV) garantindo a esses indivíduos políticas públicas voltadas ao seu bem estar, físico, psíquico e social (REIS et al, 2008).

Associado a essas transformações e ao crescimento dessa população, observa-se também o desafio dos múltiplos problemas de saúde, psicossociais e econômicos gerados pelo envelhecimento (RAMOS, 2003). Essa acentuada velocidade colocará o Brasil, no período de 25 anos, como a sexta população em quantidade de idosos no mundo, em números absolutos, o que representará cerca de 15,5% da população brasileira, trazendo repercussões positivas e/ou negativas na forma como avaliam sua saúde (IBGE, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (1998) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não meramente a ausência de doenças, a saúde está também ligada ao quanto estes indivíduos conseguem realizar de forma autônoma e independente as atividades do cotidiano.

Desta maneira, buscar formas de mensuração da condição de saúde desses indivíduos é imprescindível na detecção de fatores de risco para o desenvolvimento de condições que afetem negativamente a capacidade de viverem ativamente na sociedade (CHAIMOWICZ, 1998).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças não transmissíveis são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos que apesar de viverem mais, apresentam maiores condições de doenças não transmissíveis e esse aumento está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional (WICHMAN, COUTO, AREOSA, 2013).

Do ponto de vista psicológico o envelhecimento pode provocar mudanças no estado emocional e interferir no convívio social. Essas ocorrências podem provocar uma percepção negativa na qualidade de vida do

idoso, acarretando preocupação não só para ele e sua família, mas também para sociedade em geral devido ao seu grau de dependência (BÁRRIOS, FERNANDES, 2014).

A QV está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive (REIS et al, 2008).

Compreender os fatores que influenciam a percepção de saúde e qualidade de vida do idoso representa uma importante estratégia para reduzir as desigualdades de saúde neste estágio de vida. A ampliação do conhecimento pode auxiliar na adoção de estratégias preventivas e na implementação de políticas públicas especificamente voltadas para atenuar os efeitos deletérios de certos determinantes sobre o estado de saúde da população idosa (DACHES, 2002).

A percepção de saúde é um indicador utilizado em inquéritos de saúde que, embora subjetivo, propicia uma medida eficaz, rápida e de baixo custo sobre a saúde de grupos populacionais (SILVA et al, 2012; BLAZER, 2008).

Nos últimos anos, a literatura tem apresentado uma crescente produção sobre esse tema, destacando sua associação com morbidade e com ênfase na população idosa (OCAMPO-CHAPARRO, 2013).

A investigação da percepção de saúde entre idosos apresenta grande relevância para o Brasil nos últimos anos, que vivencia um acelerado processo de envelhecimento populacional, com importantes impactos e desafios para os serviços de saúde. Estudos nacionais já revelaram que a proporção de percepção negativa da saúde aumenta com o passar da idade (LOYALA et al, 2013; REICHERT, LOCH, CAPILHEIRA, 2012).

Por se tratar de uma avaliação subjetiva, a percepção de saúde e QV possuem caráter multidimensional, envolvendo estilos de vida, além de aspectos psicológicos, demográficos e socioeconômicos (HÖFELMANN, 2014).

Em decorrência das diferenças geográficas, populacionais, culturais, e socioeconômicas, fazem-se necessários mais estudos relacionados a percepção de saúde em idosos das diferentes regiões do país. A partir da

identificação dos possíveis fatores que interferem na percepção negativa de saúde por esses indivíduos onde será possível desenvolver ações direcionadas a saúde desse segmento populacional e atividades voltadas para prevenção de agravos e promoção da saúde com vistas a um envelhecimento saudável.

Considerando a relevância da temática em questão, objetivou-se analisar fatores associados à percepção negativa de saúde e qualidade de vida em idosos.

1.1 Contexto/Justificativa

O envelhecimento é um processo que provoca alterações e desgastes em vários sistemas funcionais, que ocorrem de forma progressiva e irreversível (CAROMANO, JUNG, 1999). O momento em que estas transformações ocorrem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para o outro (NARANJO *et al*, 2001).

Entretanto, em idades mais avançadas as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, bem como o surgimento de doenças não transmissíveis intensificam-se, ocasionando a dependência nas atividades cotidianas. O resultante desses fatores é a diminuição da condição de saúde do idoso que acaba procurando com mais frequência os serviços de saúde pública, principalmente aqueles vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (RAMOS, 2003).

Desconsiderar elementos sociais e ambientais do universo do estado de saúde do idoso pode levar a uma subestimação do fenômeno e incorrer em alguns equívocos na elaboração e gerenciamento das políticas de saúde para esta população. Variáveis econômicas e sociais podem interferir na percepção positiva ou negativa na saúde e qualidade de vida de idosos (IBGE, 2013; JOSÉ, 2014).

Sendo assim, a prioridade na atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para estratégias que possibilitem a vida mais saudável, além da monitorização de indicadores capazes de avaliar a morbidade, o impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida dos idosos. Dentre as ações que podem

contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, pode-se apontar o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos (ALVES, LEITE, MACHADO, 2008).

A adoção de hábitos saudáveis associadas a uma prática regular de atividade física na população de um modo geral vem se demonstrando como fator de proteção aos agravos associados ao próprio envelhecimento e as doenças crônicas relacionadas à vida do homem contemporâneo. Assim, o incentivo a popularização de programas e o incremento da prática regular de atividade física podem melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde da população idosa (CONSALTER, 2012).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento Populacional

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo mundo nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009).

No que se referem ao envelhecimento populacional, os países desenvolvidos diferem substancialmente dos países em desenvolvimento, já que os mecanismos que levam a tal envelhecimento são distintos (BARROS, MENDONÇA, SANTOS, 1999).

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu em um cenário socioeconômico favorável, o que permitiu a expansão dos seus sistemas de proteção social (BARROS, MENDONÇA, SANTOS, 1999).

Nos países em desenvolvimento e, especificamente, no caso brasileiro, o acelerado processo de envelhecimento vem ocorrendo em meio a uma conjuntura recessiva e a uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de saúde para todos os grupos etários e, em particular, para os idosos (BELTRÃO, CAMARANO, MELLO, 2004).

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de auto satisfação (VERAS, 2009).

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem

para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (NOGUEIRA *et al*, 2008).

O envelhecimento é um processo que ocorre como consequência da queda da fecundidade, aliada ao aumento da expectativa de vida e à redução da mortalidade. Constatou-se, em estudo realizado no período de 1980 a 2006, com dados obtidos diretamente do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), um aumento de 59% na população brasileira, enquanto o grupo acima de 60 anos apresentou elevação de 118% (NOGUEIRA *et al*, 2008).

Isso se deve, possivelmente, ao avanço tecnológico e científico que ocorre no país, concomitantemente à melhora de condições de saúde como saneamento, atendimento médico, condições sanitárias e higiênicas. Esse fenômeno, no entanto, não é homogêneo, estando associadas a diversos fatores como etnia, condições sociais e econômicas, regiões de moradia e, sobretudo, gênero (PEREIRA, CURIONI, VERAS, 2003).

Segundo a Organização das Nações Unidas - ONU (2011), em seu último relatório técnico, "Previsões sobre a população mundial", elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, em 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será cerca de três vezes maior do que o atual.

Este cenário populacional instiga o questionamento sobre a percepção da pessoa idosa em seu processo de envelhecimento humano, pois a velhice é cada vez mais presente em nossa sociedade e se processa de diferentes maneiras e ritmos, definindo-se por fatores ambientais, genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros (ACSM, 2009).

Nesse sentido, muitas são as políticas que focam o idoso, porém, as dificuldades na implementação abrangem desde a precária captação de recursos ao frágil sistema de informação para a análise de condições de vida e saúde, passando, evidentemente, pela inadequada capacitação de recursos humanos (JANNEY, CAROL, 2010).

Apesar de, nos últimos anos, o processo de envelhecimento vir sendo mais discutidos, as mudanças a ele intrínsecos ainda não parecem claras para

a sociedade e suas instituições. Ou seja, do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo diretrizes a serem seguidas, mas cuja implementação ainda não se fez de forma completa (JANNEY, CAROL, 2010).

A Constituição Brasileira incorpora uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” - Art. 196 (BRASIL, 1988).

O crescimento da população idosa brasileira pode representar um grave problema para a sociedade, se os anos de vida adicionais não forem vividos em condições de saúde adequadas (CHAIMOWICZ, 1997). A saúde é fundamental para que os idosos se mantenham independentes e autônomos e continuem contribuindo para a sociedade (RAMOS, 1993).

Na ausência de políticas públicas adequadas, a tendência é que se tenha, no Brasil, um número crescente de indivíduos idosos que, mesmo vivendo mais, apresentam uma saúde precária e sejam funcionalmente incapacitados, ou seja, sejam incapazes de executar tarefas cotidianas (PORTRAIT, LINDEBOOM, DEEG, 2001).

Nos países desenvolvidos, é crescente o número de investigações que abordam as associações entre a saúde dos idosos e os determinantes demográficos e socioeconômicos, as doenças crônicas e a capacidade funcional. Uma forma de conduzir esse tipo de estudo é o levantamento de informações sobre a percepção dos idosos em relação ao seu próprio estado de saúde (ABODERIN et al, 2002).

Embora a mensuração do estado de saúde seja bastante difícil, já que engloba diversos aspectos da vida do indivíduo, a auto percepção de saúde tem se mostrado um método confiável, e, recentemente, mais utilizado do que a observação direta para a análise desse aspecto (ABODERIN et al, 2002).

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição. Os países em desenvolvimento enfrentam os maiores

desafios, e a maioria deles ainda não possui políticas abrangentes para o envelhecimento (OMS, 2005).

O envelhecimento da população é um fenômeno global que exige ação local, regional nacional e internacional. Em um mundo cada vez mais interligado, a omissão para lidar, de um modo sensato, com o imperativo demográfico e as mudanças rápidas nos padrões de doenças, terá consequências políticas e socioeconômicas em todos os lugares (BAILIS, SEGALL, CHIPPERFIELD, 2003).

Os fatos e as evidências apontam urgência de mudanças no cuidado à população idosa. Os modelos vigentes se mostram ineficientes e de alto custo tornando necessários novos métodos de planejamento e gerência, pois a prestação dos cuidados reclama estruturas criativas e inovadoras, com propostas de ações diferenciadas, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da idade (LIMA-COSTA, VERAS, 2003).

No Brasil, os esforços tende a serem pontuais e desarticulados. O Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do País, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional (LOURENÇO et al, 2005).

2.2 Qualidade de Vida e Saúde

De maneira geral, a maioria das pessoas deseja levar uma vida satisfatória e significativa ao longo do desenvolvimento, e em especial na velhice. Entender os processos pelos quais as pessoas conseguem alcançar e manter o sentimento de satisfação com suas vidas e uma boa velhice, do ponto de vista biopsicossocial, há muito tem sido uma questão investigada. Um dos grandes desafios enfrentados na velhice diz respeito às condições crônicas de

saúde, maior causa de incapacidade entre os idosos e fonte de muitas dificuldades cotidianas (RABELO, 2010).

Existem aspectos característicos e multidimensionais que definem a qualidade de vida e saúde na faixa etária idosa. Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida, saúde e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido, parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária (BOWLING *et al*, 2003).

Ao se falar em qualidade de vida e saúde para a população idosa, torna-se importante, antes de tudo, conhecer as diferentes situações e realidades nas quais esses indivíduos podem estar inseridos. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2009), as mulheres se apresentaram como maioria da população idosa (55,8%), assim como os brancos (55,4%), e 64,1% ocupavam a posição de referência no domicílio.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VELARDE, AVILA, 2002).

O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (ISANG, LIAMPUTTONG, PIERSON, 2004).

A preocupação com a qualidade de vida está associada diretamente ao comportamento do homem moderno, aos seus hábitos e estilo de vida adotado nos últimos séculos, e perpassa o comportamento cultural, antropológico, sociológico e biológico da natureza humana (D'ORSI, XAVIER, RAMOS, 2011).

É somente a partir das discussões acerca do tempo livre que começam a surgir às primeiras discussões em torno do que viria a ser qualidade de vida. Na percepção do homem ocidental contemporâneo, verifica-se que o homem

na atualidade desfruta de um melhor padrão de qualidade de vida quando comparado ao final do século XIX (SERGIPE, 2010).

A expectativa de vida nos no século XVIII girava em torno de 40 anos, e em nossos dias atuais, estimada em média de 70 anos nos países em desenvolvimento, e uma expectativa da vida ainda maior nos países já desenvolvidos, fato que faz crescer a preocupação com esta parcela da população (SERGIPE, 2010).

Um notório avanço das ciências médicas, o controle epidemiológico, melhorias nas condições de saneamento básico, redução da jornada de trabalho, as alterações nas condições de trabalho tem contribuído para uma melhoria dos indicadores da qualidade de vida (SILVA *et al*, 2015).

As mudanças que o homem tem feito no meio ambiente nos últimos séculos, intensificado no período pós-revolução industrial; na medida em que produziu nuances de progresso e desenvolvimento, tem ocasionado transformações socioambientais profundas com o surgimento dos grandes centros urbanos e o esvaziamento das zonas rurais e mudanças nos hábitos e estilos de vida do homem contemporâneo (SILVA *et al*, 2015).

A qualidade de vida e a satisfação da saúde na velhice têm sido muitas vezes associada a questões de dependência-autonomia, sendo importante distinguir os “efeitos da idade”. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas (JOIA, RUIZ, DONALISIO, 2007).

Acredita-se que a qualidade de vida é influenciada tanto por fatores médicos objetivos, quanto pela auto percepção da saúde, envolvendo os elementos fisiopatológicos, psicológicos e sociais para uma reorganização da atenção à saúde. Informações sobre as consequências que uma doença de longa permanência traz para a vida dos mais velhos podem ser úteis a todos aqueles que almejam melhorar seus programas de intervenção a pessoas afetadas por condições crônicas de saúde (RABELO *et al*, 2010).

As doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais (OPAS, 2003).

A auto avaliação da saúde reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social. Um estudo recentemente desenvolvido no Brasil, utilizando dados da linha de base da coorte, mostrou que a estrutura da auto avaliação da saúde entre idosos era multidimensional, compreendendo a situação socioeconômica, a rede social de apoio, a condição de saúde (destacando-se a saúde mental) e o acesso e uso de serviços de saúde (JYLHÄ *et al*, 1998)

No Brasil, a *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) (2003), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, são as fontes mais abrangentes de informações sobre a percepção da saúde da população idosa.

Nos últimos 30 anos, a avaliação da qualidade de vida e saúde, sob a perspectiva do próprio indivíduo surgiu como ferramenta importante no contexto da investigação clínica e na formulação de políticas de saúde (OMS, 2005).

Segundo o World Health Organization (WHO,1995) à medida que a pessoa envelhece, a sua habilidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência, visto que autonomia se caracteriza pela habilidade de controlar e lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente de acordo com suas próprias regras e preferências, e independência pela habilidade de executar funções relacionadas à vida diária.

A mudança no perfil epidemiológico no Brasil tem apresentado uma série de complicações relacionadas com a saúde pública, associados aos agravos à saúde da população. Sendo estas responsáveis pelo comprometimento da produtividade e da qualidade de vida dos indivíduos afetados, onerando o sistema público de saúde a patamares cada vez mais elevados (SERBIM, FIGUEIREDO, 2011).

A atenção ao idoso é abraçada pelo campo teórico da promoção da saúde, com premissas de um ideal de longevidade com qualidade de vida, reconhecendo a dificuldade de apreensão deste conceito por se tratar de um constructo influenciado por aspectos históricos, culturais e de classe, e assumir diversas conotações (MINAYO, HARTS, 2000).

Trata-se de uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Assim, qualidade de vida é a síntese de todos os bens que uma sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO, HARTS, 2000).

A qualidade de vida (CHODZKO-ZAJKO, 1999) é dependente da saúde física, do bem-estar psicológico e da satisfação social e espiritual. Assim, é importante conhecer o processo de envelhecimento de forma a compreender e a determinar estratégias que diminuam os resultados da senescência, de tal modo que seja possível assegurar uma vivência autônoma e qualitativamente positiva do final do ciclo de vida (MOTA, CARVALHO, 1999).

Uma medida importante a tomar seria, para além dos aspectos relacionados com a saúde, o desenvolvimento de competências que permitam ao idoso realizar as suas tarefas básicas diárias independentemente da ajuda de terceiros (CARVALHO, 1999).

No âmbito da saúde, o envelhecimento populacional é um fenómeno que gera novas demandas para os serviços e aumentos substanciais nos custos de programas, exigindo o conhecimento de problemas prioritários e o desenvolvimento de ações visando à sua resolução.

2.3 Aptidão Neuromotora em Idosos

O envelhecimento, processo inexorável aos seres vivos, conduz a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo (KALLINEN, MARKKU, 1995). Essas alterações, nos domínios biopsicossociais, põem em risco a qualidade de vida do idoso, por limitar a sua capacidade para realizar, com vigor, as suas atividades do cotidiano e colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde (SPIDURSO, 1995).

Com a premissa de que o envelhecimento é a soma de todas as alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o passar dos anos, vários efeitos deletérios podem prejudicar uma boa qualidade de vida desta população. E, como o envelhecimento geralmente está associado a

limitações fisiológicas e funcionais, algumas medidas devem ser tomadas para garantir uma boa qualidade de vida e saúde aos idosos (RUSTING, 1992).

À medida que aumenta a idade cronológica as pessoas se tornam menos ativas, suas capacidades físicas diminuem e, com as alterações psicológicas que acompanham a idade (sentimento de velhice, estresse, depressão), existe ainda diminuição maior da atividade física que conseqüentemente, facilita a aparição de doenças não transmissíveis, que, contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento (WEINECK, 1991).

A perda da massa muscular e conseqüentemente da força muscular é, a principal responsável pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo (WEINECK, 1991).

Por essa razão, tem despertado o interesse de pesquisadores, à procura das causas e mecanismos envolvidos na perda da força muscular com o avanço da idade e dessa forma, criar estratégias para minimizar esse efeito deletério e manter ou melhorar a qualidade de vida, nessa etapa da vida (PINTO et al, 2008).

Sabe-se que o envelhecimento provoca uma diminuição da velocidade dos movimentos e uma diminuição da capacidade de combinar esses movimentos, gerando falsas reações frente a situações inesperadas, o que aumenta o risco de acidentes. Alguns autores citam em seus estudos que idosos apresentavam dificuldades com várias tarefas de coordenação motora, não conseguindo realizar atividades como inserir uma chave na fechadura (SPIDURSO, 1995).

Com isso, observa-se a necessidade de se manter bons níveis de coordenação, evitando o seu declínio, facilitando desta forma a realização de várias tarefas motoras relacionadas no dia a dia do idoso, podendo também auxiliar de forma positiva outras capacidades físicas (WEINECK, 1991).

Algumas características decorrentes do envelhecimento humano alteram e causam mudanças no estilo de vida de indivíduos idosos, principalmente nas suas qualidades físicas o que afeta a parte funcional desses indivíduos (PINTO et al, 2008).

A flexibilidade, agilidade e o equilíbrio são considerados um dos componentes mais importantes da aptidão funcional dos idosos, uma vez que esta capacidade é exigida em muitas atividades da vida diária do idoso, como

andar desviando-se de outras pessoas, pegarem objetos em locais altos o que exige certo grau de equilíbrio (TEIXEIRA *et al*, 2007).

A flexibilidade é uma das capacidades físicas que depende do estado e condição das estruturas que envolvem as articulações. Dentre essas estruturas, temos os tecidos moles das articulações, tendões, ligamentos e músculos e se essas estruturas não estiverem sendo usadas elas irão encurtar, diminuindo sua capacidade com o passar do tempo (TEIXEIRA *et al*, 2007).

Assim a flexibilidade é considerada crucial para o movimento, sendo então um componente essencial da aptidão funcional do indivíduo, principalmente para o idoso. Sua diminuição além de restringir a possibilidade de movimentar-se (andar, calçar um sapato, vestir um casaco) aumenta o risco de lesões nas articulações (TEIXEIRA *et al*, 2007).

A agilidade é exigida em muitas atividades do cotidiano do idoso, como andar desviando-se de outras pessoas e obstáculos (mesas, cadeiras, etc.), locomover-se carregando objetos e andar rapidamente pela casa para atender ao telefone ou campainha (BARBANTI, 1997).

Portanto, manter bons níveis de agilidade pode contribuir para qualidade de vida e também na prevenção de quedas, pois ele conseguirá recuperar o equilíbrio mais facilmente. Devido ao fato da agilidade estar intimamente relacionada com outras capacidades físicas como força muscular, flexibilidade e velocidade, que sofrem uma redução em seus níveis com a idade, provavelmente a agilidade também deverá acompanhar este declínio (BARBANTI, 1997).

A diminuição da aptidão física com o envelhecimento é um fato inexorável, que se inicia de maneira gradativa, ao redor da quinta década de vida. Entretanto, estudos apontam para os benefícios dos programas de intervenção para idosos, como medida profilática importante no sentido de preservar e retardar ao máximo os efeitos do envelhecimento sobre a aptidão motora reduzindo também as taxas de morbimortalidade nos idosos (BRAVO *et al*, 1996).

Em decorrência das diferenças geográficas, populacionais, culturais, e socioeconômicas, fazem-se necessários mais estudos relacionados à saúde e qualidade de vida em idosos das diferentes regiões do país.

A partir da identificação dos possíveis fatores que interferem na percepção negativa de saúde e qualidade de vida por esses indivíduos será possível desenvolver ações direcionadas a saúde desse segmento populacional e atividades voltadas para prevenção de agravos e promoção da saúde com vistas a um envelhecimento ativo e saudável.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar fatores associados à percepção negativa de saúde e qualidade de vida em idosos.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar a associação entre as características sociodemográficas e a percepção negativa de saúde e qualidade de vida;
- b) Avaliar a associação entre as variáveis funcionais flexibilidade e agilidade e a percepção negativa de saúde e qualidade de vida.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 *Tipode Estudo*

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal. Os estudos descritivos têm por objetivo determinar às condições de saúde de acordo com o tempo, lugar e as características de indivíduos, por meio de dados coletados para o desenvolvimento da pesquisa (BONITA *et al*, 2003).

Os estudos transversais medem o fator e o efeito em um determinado momento histórico e são úteis para avaliar as necessidades de saúde da população, fornecendo indicadores de tendências e características pessoais e demográficas (TOLONEM *et al*, 2006).

4.2 *População e Amostra*

A população da pesquisa foi composta de 906 idosos cadastrados na base de dados SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica (DATASUS, 2016), da zona rural e urbana do município de Cedro de São João – SE, mesorregião do Leste Sergipano e da microrregião de Propriá.

A caracterização da amostra foi por conveniência, prevalecendo à acessibilidade desses idosos a participarem do estudo, sendo que do total de idosos elegíveis para o estudo, 233 foram entrevistados, contudo para essa análise, nove entrevistas foram excluídas devido à falta de dados sociodemográficos, nível de atividade física e/ou debilidade física para o *Sênior Fitness Test*, totalizando a amostra em 224 idosos.

O município de Cedro de São João é a sexagésima segunda cidade em população do Estado de Sergipe. Possui de acordo com o IBGE uma população estimada para 2016 de 5.912 habitantes, está a 94 km de Aracaju, capital do Estado de Sergipe. Limita-se com os municípios de Propriá, Telha, São Francisco, Aquidabã, Malhada dos Bois e Japoatã. Localiza-se a uma

latitude 10°15'06" sul e a uma longitude 36°53'04" oeste, estando a uma altitude de 32 metros. Sua área territorial compreende 83,710 km²; cuja participação na área do Estado é de 0,35 %. Apresenta também uma taxa de urbanização de 86,46%.

Devido à facilidade de acesso e conveniência para a realização da pesquisa, a cidade de Cedro de São João foi escolhida para o desenvolvimento do estudo, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde demonstrou apoio acerca de todos os dados, facilitando o procedimento da intervenção para seus munícipes.

Foram incluídos no estudo indivíduos a partir de 60 anos de idade cadastrados no SIAB e participantes de grupos de intervenção das Unidades Básicas e Academia da Saúde do município em estudo.

Foram excluídos idosos que apresentasse debilidade física e/ou mental para responder as perguntas ou realizar o *Senior Fitness Test*.

4.3 Procedimento de Coleta de Dados

Foi realizado um treinamento com os ACS – Agentes Comunitários de Saúde para conhecimento e esclarecimento dos questionários socioeconômico, WHOQOL-BREF e IPAQ, os testes de aptidão física foram aplicados pelos pesquisadores em um momento posterior. A fase de treinamento com os ACS foi realizada no mês de fevereiro de 2016, sendo a coleta de dados entre os meses de março a maio de 2016. A realização dos testes físicos foi realizada nos meses de junho e julho de 2016.

A coleta de dados e aferição dos testes foi dividida em duas etapas. Na primeira, a entrevista realizada pelo ACS de forma individual na residência do idoso e/ou nos grupos de intervenção ofertados pela Academia da Saúde, os participantes responderam aos questionários socioeconômico, WHOQOL-BREF e IPAQ versão curta. Nesse momento, foi feito um agendamento para a próxima etapa.

Na segunda etapa, foi realizada uma avaliação física pelos pesquisadores do estudo no espaço da Academia da Saúde e em uma quadra poliesportiva do município que se localiza ao lado da Academia. A avaliação

obedeceu a seguinte sequência: estatura, massa corporal, circunferência de abdome e quadril, foi realizado teste físico utilizando o protocolo de Rikli e Jones verificando a flexibilidade, força de membros superiores e inferiores, agilidade e por último, aptidão cardiorrespiratória com o teste de caminhada de 6 minutos (RIKLI, JONES, 1999).

4.4 Instrumentos

Os instrumentos que avaliaram as variáveis foram compilados em um único documento, sendo eles:

Questionário de identificação para variáveis socioeconômicas e epidemiológicas; a classificação utilizada para estimar o nível socioeconômico (NSE) dos participantes foi à proposta pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2013), este instrumento estima o poder de compra das pessoas e famílias, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais.

O instrumento WHOQOL – BREF avalia a percepção da qualidade de vida em adultos, é constituído de 26 questões, sendo a pergunta 1 e 2 sobre questões gerais de satisfação de saúde e qualidade de vida, as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora as questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al, 2000).

Outro instrumento utilizado foi o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), que estima os níveis de atividade física, estabelecendo quatro categorias de classificação: “muito ativo”, “ativo”, “irregularmente ativo” e “sedentário”, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998, e validado em uma amostra da população brasileira, pelo CELAFISCS (Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul) (MATSUDO et al, 2001).

A Bateria de Testes de Aptidão Física utilizada foi a *Senior Fitness Test* (SFT). Essa bateria de testes mensura a aptidão física de idosos para realizar as atividades da vida diária na velhice (RIKLI, JONES, 1999).

Essa bateria é composta por seis testes motores que avaliam a flexibilidade dos membros superiores a partir do alcançar das mãos atrás das costas; flexibilidade de membros inferiores com o idoso sentado na borda da cadeira tentando alcançar com a mão os dedos dos pés; força dos membros superiores com o indivíduo sentado e flexionando o antebraço com uso de halter; força dos membros inferiores, com o movimento de levantar e sentar na cadeira; agilidade e equilíbrio dinâmico iniciando o teste com o idoso sentado, logo levanta, caminha 2,44m e volta a sentar; e, a aptidão cardiorrespiratória com o teste de caminhada de 6 minutos(RIKLI, JONES, 1999).

4.5Procedimentos éticos

Todos os participantes foram informados dos objetivos, riscos e benefícios, os procedimentos foram realizados de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) com as resoluções 466/2012e 510/2016 e com os princípios da declaração de Helsinque de 1964, revisado em outubro de 2013. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe.

Este estudo é parte integrante do Projeto “Características sociodemograficas, risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe com o número CAAE-0213.0.107.000-11 de 18 de julho 2011.

4.6 Variáveis do Estudo

Tabela 1: Classificação das variáveis utilizadas no estudo, 2016.

VARIÁVEIS	QUESTÃO UTILIZADA	CLASSIFICAÇÃO
Sexo*	Qual seu sexo?	Masculino
		Feminino
Faixa Etária*	Qual sua idade?	≤ 70 anos
		> 70 anos
Responsável Financeiro*	O(A) senhor(a) é responsável financeiro da família?	Sim
		Não
Convivência Familiar*	Você acredita que a convivência com outras pessoas ou parentes tem um impacto positivo na sua vida?	Sim
		Não
Nível Socioeconômico**	Caracterizados a partir dos critérios da ABEP ¹ .	Alto (A1, A2)
		Intermediário (B1, B2, C1, C2) Baixo (D, E)
Nível de Atividade Física***	Caracterizados a partir do escore IPAQ ² , referente a atividade física realizada na última semana.	Muito Ativo
		Ativo Irregularmente Ativo Sedentário
Flexibilidade de Membros Superiores****	Caracterizado a partir do teste de aptidão física – Sênior Fitness Test ³	Classificado em Centímetros Quando (+) Bom Quando (-) Ruim
Flexibilidade de Membros Inferiores****	Caracterizado a partir do teste de aptidão física – Sênior Fitness Test ³	Classificado em Centímetros Quando (+) Bom Quando (-) Ruim
Agilidade****	Caracterizado a partir do teste de aptidão física – Sênior Fitness Test ³	Classificado em Tempo (segundos)
Percepção de Qualidade de Vida*****	Como você avalia sua qualidade de vida? ⁴	1 – Muito Ruim
		2 – Ruim
Satisfação de Saúde*****	Quão satisfeito você está com sua saúde? ⁵	3 – Nem Ruim, nem Boa
		4 – Boa
		5 – Muito Boa

*Variáveis Sociodemográficas; **Variável Socioeconômica; ***Variável de Atividade Física; ****Variáveis de Aptidão Física; *****Variáveis Dependentes;¹ Critério de Classificação Econômica – Brasil (ABEP, 2013); ² Questionário Internacional de Atividade Física – (MATSUDO et al, 2001); ³ Bateria de Testes de Aptidão Física (RIKLI, JONES, 1999); ⁴ Pergunta 1 do Questionário WHOQOL-BREF (FLECK et al, 2000); ⁵ Pergunta 2 do Questionário WHOQOL-BREF (FLECK et al, 2000).

Quadro 1: Categorização das variáveis utilizadas no estudo, 2016.

		DICOTOMIZAÇÃO UTILIZADA	REFERÊNCIA PARA DICOTOMIZAÇÃO
VARIÁVEL DEPENDENTE	Percepção de Qualidade de Vida	Ruim	Foi dicotomizado da seguinte forma: para os resultados entre 1 a 3, foi estabelecido a percepção “ruim”, para os resultados 4 e 5 percepção “boa”. Para essa variável foram extraídas as questões 1 e 2 do instrumento WHOQOL-BREF.
		Boa	
	Satisfação de Saúde	Ruim	
		Boa	
VARIÁVEL INDEPENDENTE	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		
	Sexo	Feminino	Foi utilizado o critério biológico.
		Masculino	
	Faixa Etária	Idoso Jovem	Para os dados da faixa etária foi calculada a Mediana (70 anos), dicotomizado da seguinte forma: Idoso jovem ≤ 70 anos Idoso mediano/avançado > 70 anos
		Idoso Mediano/Avançado	
	Responsável Financeiro	Não	Classificado como “sim” o indivíduo responsável pela família e “não” quando não ocorre.
		Sim	
	Convivência Familiar	Não	Classificado como “sim” aqueles que a convivência com parentes apresentam um impacto positivo na vida e “não” quando não ocorre.
		Sim	
	VARIÁVEIS DE APTIDÃO FÍSICA		
	Flexibilidade de membros superiores	Ruim	Foi realizado o somatório da mediana da Flexibilidade de membro superior direito e esquerdo, e a partir desse somatório foi estabelecido à média, sendo dicotomizado em: “Bom”: ≥ -16,7 “Ruim”: < -16,7
		Bom	
	Flexibilidade de membros inferiores	Ruim	Foi realizado o somatório da mediana da Flexibilidade de membro inferior direito e esquerdo, e a partir desse somatório foi estabelecido à média, sendo dicotomizado em: “Bom”: ≥ 0,0 “Ruim”: < 0,0
		Bom	
	Agilidade	Ruim	Calculada a mediana do grupo (6,6 segundos) e, a partir dela foi dicotomizado em: “Bom”: ≤ 6,6 segundos “Ruim”: ≥ 6,7 segundos
		Bom	
	VARIÁVEL DE ATIVIDADE FÍSICA		
	Nível de Atividade Física	Ativo	Foi categorizado da seguinte forma: “Ativo” – Aqueles idosos classificados como “muito ativos” e “ativos”. “BNAF” – Idosos classificados como “irregularmente ativos” e “sedentários”.
		BNAF*	

*Baixos Níveis de Atividade Física.

4.7 Análise Estatística

Para confecção do banco de dados foi utilizado planilha eletrônica e para análise dos dados o pacote estatístico SPSS versão 22. Para melhor interpretação dos dados algumas variáveis foram dicotomizadas conforme descritos no quadro 1. Para a identificação dos fatores associados com a Percepção Negativa de Saúde e Qualidade de Vida, foi realizada análise bruta e multivariável por meio de regressão logística binária.

Para a construção do modelo ajustado considerou-se as variáveis que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bruta. Quando necessário, para melhor compreensão foi utilizada a razão inversa de OR (1/OR). Considerou-se um nível de significância $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%.

5. RESULTADOS

A característica da amostra é expressa na Tabela 2, sendo que a maioria dos idosos pertence ao sexo feminino, prevalecendo idosos jovens e aposentados. A amostra foi constituída de 224 idosos. A média de idade foi de $70,58 \pm 6,43$ anos, com amplitude de 60 a 93 anos. A partir da amostra foi identificado que 88,8% dos idosos são responsáveis financeiramente pela família, e, a maioria deles acredita que a convivência com parentes tem sim impacto positivo na vida.

Foi demonstrado também que maioria dos idosos estudados estão satisfeitos com a saúde (46,9%), assim como com boa percepção de qualidade de vida (53,6%). Quanto ao nível socioeconômico o estudo mostrou que a maioria dos participantes apresentou um extrato para classe média (46,4%) e baixa (46,9%). Em relação ao nível de atividade física, 54,5% dos idosos foram considerados ativos.

Tabela 2 - Características da amostra de idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016 (n=224)

VARIÁVEIS	N	%	IC 95%
FAIXA ETÁRIA			
<i>Idoso Jovem</i>	116	51,8	(69,74 – 71,43)
<i>Idoso Mediano/Avançado</i>	108	48,2	
SEXO			
<i>Feminino</i>	149	66,5	(0,27 – 0,40)
<i>Masculino</i>	75	33,5	
RESPONSÁVEL FINANCEIRO			
<i>Sim</i>	199	88,8	(0,85 – 0,93)
<i>Não</i>	25	11,2	
CONVIVÊNCIA FAMILIAR			
<i>Sim</i>	207	92,4	(0,88 – 0,95)
<i>Não</i>	17	7,6	
OCUPAÇÃO			
<i>Autônomo</i>	04	1,8	(3,87 -3,96)
<i>Funcionário Público</i>	05	2,2	
<i>Aposentado</i>	215	96,0	
SATISFAÇÃO COM A SAÚDE			
<i>Insatisfeito</i>	105	46,9	(0,46 – 0,59)
<i>Satisfeito</i>	119	53,1	
PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA			
<i>Boa</i>	120	53,6	(0,46 – 0,60)
<i>Ruim</i>	104	46,4	
NÍVEL SOCIOECONÔMICO			
<i>Alto</i>	15	6,7	(2,32 – 2,48)
<i>Intermediário</i>	104	46,4	
<i>Baixo</i>	105	46,9	

NAF DICOTOMIZADO			
<i>Ativo</i>	122	54,5	(0,38 – 0,52)
<i>Baixos níveis de ATF</i>	102	45,5	
FLEXIBILIDADE DE MEMBROS SUPERIORES			
	145	64,7	(0,28-0,41)
Ruim	79	35,3	
Bom			
FLEXIBILIDADE DE MEMBROS INFERIORES			
	131	58,5	(0,35 – 0,48)
Ruim	93	41,5	
Bom			
AGILIDADE			
Ruim	144	64,3	(0,29 – 0,42)
Boa	80	35,7	

O resultado da associação na análise bruta e ajustada entre percepção negativa de saúde e variáveis independentes são apresentados na tabela 3. Apenas as variáveis: flexibilidade de membros superiores e inferiores apresentaram associação significativa com o desfecho Percepção Negativa de Saúde.

O sexo feminino apontou uma vez e meia maiores chances de apresentar percepção negativa de saúde quando comparado com o sexo masculino. O idoso que não era responsável financeiramente pela família demonstrou ter 52% menores chances de percepção negativa de saúde quando confrontado com idosos que se diziam ser responsáveis pela família financeiramente.

A idade, a convivência familiar, o nível de atividade física e socioeconômico e a agilidade não foram significantes. Em relação à flexibilidade ruim de membros superiores nos idosos foi verificado duas vezes e meio maiores chances de percepção negativa de saúde comparada aos idosos que apresentaram flexibilidade boa. Houve semelhança no resultado de flexibilidade para membros inferiores, apresentando quase três vezes maiores chances de percepção negativa de saúde, ou seja, idosos que apresentaram flexibilidade ruim tem maiores chances de percepção negativa de saúde.

No modelo ajustado à flexibilidade ruim de membros superiores e membros inferiores foram significativos, demonstrando ambas quase duas vezes e meia maiores chances de percepção negativa de saúde.

Tabela 3 - Associação entre a Satisfação Negativa de Saúde e as Variáveis independentes em Idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016 (n=224).

Variáveis	Percepção Negativa de Saúde			
	Análise bruta		Análise Ajustada	
	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
Sexo				
Feminino	1,51 (0,85–2,65)	0,155*	1,67 (0,92 – 3,05)	0,092
Masculino	1		1	
Idade				
≤ 70	1,21 (0,71 – 2,05)	0,483		
> 70	1			
Responsável Financeiro				
Não	0,48 (0,20 – 1,17)	0,109*	0,54 (0,21 – 1,37)	0,196
Sim	1		1	
Convivência Familiar				
Não	0,85 (0,31 – 2,39)	0,768		
Sim	1			
Nível de Atividade Física				
Ativo	0,85 (0,50 – 1,44)	0,547		
BNAF	1			
Nível Socioeconômico				
Alto	0,81 (0,27 – 2,40)	0,704		
Intermediário	0,69 (0,40 – 1,19)	0,185		
Baixo	1			
Flexibilidade de membros superiores				
Ruim	2,43 (1,37– 4,31)	0,002*	2,27 (1,25– 4,11)	0,007
Bom	1		1	
Flexibilidade de membros inferiores				
Ruim	2,69 (1,54 – 4,69)	0,000*	2,49 (1,40 – 4,41)	0,002
Bom	1		1	
Agilidade				
Ruim	1,06 (0,62 – 1,85)	0,815		
Boa	1			

* Para o modelo ajustado considerou-se as variáveis que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bruta.

Na tabela 4 podem ser observados os indicadores de associação entre a percepção negativa de qualidade de vida e as variáveis independentes. Mostraram-se associadas com a percepção negativa de qualidade de vida o responsável financeiro e a flexibilidade de membros inferiores.

No estudo, o idoso que não era responsável financeiramente pela família demonstrou ter 67% menor chance de percepção negativa de qualidade de

vida quando comparado com idosos que se diziam ser responsáveis pela família financeiramente. As variáveis: sexo, idade, convivência familiar, nível de atividade física, nível socioeconômico, flexibilidade de membros superiores e agilidade apresentaram diferença estatisticamente significativa.

A flexibilidade ruim de membros inferiores apresentou duas vezes e meia maiores chances de percepção negativa de qualidade de vida em relação a sua referência.

Na análise ajustada, observou-se associação entre a percepção negativa de qualidade de vida com o responsável financeiro e a flexibilidade de membros inferiores. O idoso que não era responsável pela família apresentou 64% menos chance de percepção negativa de qualidade de vida, e idosos com flexibilidade ruim na análise ajustada verificou-se quase duas vezes e meia maiores chances de percepção negativa de qualidade de vida.

Tabela 4 - Associação entre a Percepção Negativa de Qualidade de Vida e as Variáveis independentes em idosos do município de Cedro de São João, Sergipe, Brasil, 2016 (n=224).

Variáveis	Percepção Negativa de Qualidade de Vida			
	Análise bruta		Análise Ajustada	
	OR (IC 95%)	valor p	OR (IC 95%)	valor p
Sexo				
Feminino	1,31 (0,75 – 2,31)	0,342		
Masculino	1			
Idade				
≤ 70	0,73(0,43 – 1,24)	0,241		
> 70	1			
Responsável Financeiro				
Não	0,33(0,12– 0,85)	0,022*	0,36 (0,13– 0,95)	0,040
Sim	1		1	
Convivência Familiar				
Não	1,17(0,42– 3,23)	0,764		
Sim	1			
Nível de Atividade Física				
Ativo	1,15 (0,67 – 1,95)	0,615		
BNAF	1			
Nível Socioeconômico				
Alto	0,48 (0,15 – 1,50)	0,209		
Intermediário	0,75 (0,43 – 1,29)	0,295		
Baixo	1			
Flexibilidade de membros superiores				
Ruim	1,40(0,80 – 2,44)	0,238		
Bom	1			
Flexibilidade de membros inferiores				
Ruim	2,52(1,45– 4,39)	0,001*	2,42 (1,38 – 4,24)	0,002
Bom	1		1	
Agilidade				
Ruim	0,93(0,54 – 1,62)	0,805		
Boa	1			

* Para o modelo ajustado considerou-se as variáveis que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bruta.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo, cujo objetivo buscou analisar fatores associados à percepção negativa de saúde e qualidade de vida em idosos, foi realizado com uma amostra de participantes cadastrados em uma base de dados (SIAB) do município de Cedro de São João – SE.

Com relação aos dados sociodemográficos, a média de idade dos integrantes desse estudo foi de $70,58 \pm 6,43$ anos, prevalecendo indivíduos do sexo feminino com 66,5%. Este achado ratificou os resultados de Aragoni *et al* (2013), na capital de Santa Catarina – SC, onde 96,2% dos participantes do estudo eram mulheres. Outro estudo descrito por Bello e Reppould (2004), citou que em uma população de idosos participantes de um programa de atenção básica, prevaleceram 91,6% do sexo feminino. Isso pode ser justificado pelas mulheres viverem mais que os homens, tornarem-se viúvas mais cedo, estarem menos expostas a riscos ocupacionais, e principalmente as diferenças de atitude em relação à saúde, elas por sua vez procuram mais os serviços de saúde em relação ao público masculino (SAVONITTI, 2000).

A prevalência de satisfação com a saúde foi de 53,1%. O estudo é consistente com informações de Confortin *et al* (2015), o qual verificou que a prevalência desse desfecho foi de 51,2%. Um estudo prévio de Silva *et. al* (2012), verificou que a prevalência desse desfecho foi de 50,4% em três municípios do interior do Brasil na região do Nordeste, Sudeste e Sul. O estudo de Borim *et. al* (2012), apresentou prevalência superior ao presente estudo, de 80,9% de idosos em Campinas – SP. A diferenciação das prevalências estudadas está relacionada provavelmente à categorização regional influenciada principalmente por aspectos socioeconômicos e demográficos, podendo interferir na percepção de saúde.

A auto percepção é forte indicador do estado de saúde dos idosos, porque prediz a sobrevivência dessa população. Estudos demonstraram que a percepção de saúde boa é um dos indicadores mais relatados (SILVEIRA *et al*, 2007; BENEDETTI, MELLO, GONÇALVES, 2007). Em Guarapuava, 54,6% dos entrevistados consideraram sua saúde “boa” e 31,5% “ruim”. No contexto da

saúde, a auto percepção considerada ruim aumenta o risco de mortalidade, interfere na satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo (TAVARES, GUIDETTI, SAÚDE, 2008). A percepção da própria saúde dos idosos deve ser reconhecida pelos profissionais para auxiliar na implementação de ações individuais que promovam melhoria do seu estado de saúde.

Segundo Sodergren *et al* (2008), alguns fatores demográficos e socioeconômicos estão relacionados com o estilo de vida e diretamente associados à percepção da saúde em idosos, podendo determinar uma percepção positiva ou negativa, o que contribui para o desenvolvimento de futuras intervenções em diversos subgrupos populacionais.

A percepção positiva de qualidade de vida apresentada no estudo foi de 53,6% e o nível de atividade física (NAF) prevaleceu idosos ativos com 54,5%. O estudo de Guimarães *et. al* (2011) demonstrou uma percepção de qualidade de vida variando entre 46,8 e 84,3% e o NAF de 46%. A lógica refere em ambos os estudos que idosos com maior NAF, tende a ter melhores níveis de percepção positiva de qualidade de vida. Dessa forma a satisfação de saúde e percepção positiva de qualidade de vida nesse estudo pode estar associada ao fato da maioria desses idosos serem ativos.

Paskulin (2009) destaca que a condição de saúde, de acordo com os idosos, não se refere apenas à ausência de doença, mas também a possuir atividades de lazer, a capacidade de continuar trabalhando (autonomia e independência) e a busca por relações sociais e convivência familiar, isso interfere beneficemente nos aspectos relacionados à percepção da qualidade de vida, pois possibilitam melhores indicadores dos níveis de atividade física quando comparado a idosos que não realizam essas atividades.

As preocupações com os níveis de saúde vêm sendo uma das principais discussões e anseios individuais e coletivos. Atrelados aos princípios de saúde destacam-se a associação desta com a qualidade de vida. A divulgação de pesquisas sobre os padrões e oportunidades vivenciadas ao longo da vida e o impacto nos níveis de saúde tem promovido um maior interesse mesmo que contemplativo sobre os aspectos voltados ao envelhecimento saudável (SANTOS, 2016).

A definição de percepção de saúde esta baseada em uma modalidade de pesquisa qualitativa realizada através da escuta de relatos, por meio de

observações, questionários ou entrevistas constituídas pela relação que o sujeito estabelece com os demais e pela forma como o sujeito é percebido pelos outros. Nas entrevistas são considerados apenas os relatos narrados pelos sujeitos, e o seu objetivo é apreender o sentido que cada pessoa atribui a sua vida (GLAT, PLETSCHE, 2009).

No presente estudo, às variáveis flexibilidade de membros inferiores e membros superiores apresentaram associações com o desfecho Percepção negativa de saúde, já para o desfecho de percepção negativa de qualidade de vida as variáveis foram a responsabilidade financeira e flexibilidade de membros inferiores.

Ao considerar as diferenças por sexo, este estudo identificou uma percepção de saúde e qualidade de vida negativa por parte das mulheres, porém não revelou diferença significativa entre os sexos. Estes dados vão de encontro com achados de pesquisas anteriores, como a de Galárraga *et al.* (2009), que identificaram clara diferença entre os sexos na percepção de saúde e na qualidade de vida, tendo as mulheres uma percepção pior de sua saúde geral, física e emocional, eles afirmam ainda que poucos estudos investigam a diferença de gênero em relação à percepção de saúde, e os que o fizeram apontam que a partir da adolescência as mulheres percebem sua saúde como pior que os homens.

Em regiões ou populações de baixa renda é comum o idoso ser o principal responsável financeiro familiar. Sua renda geralmente é oriunda da aposentadoria, esta por sua vez é rateada pela quantidade de pessoas que moram ou dependem dela para sobreviver, fato que torna ainda mais latente a condição econômica sobre a saúde do idoso, logo que boa parte de sua renda é destinada a compra de medicamentos, alimentos e satisfação de suas necessidades básicas (BATISTA *et al.*, 2008; MUSZALIK *et al.*, 2011).

No estudo foi verificado as condições referentes ao responsável financeiro, este por sua vez obteve resultados significativos, porém demonstrando que tiveram associação apenas com a percepção negativa de qualidade de vida. O idoso que não era responsável pelo ambiente domiciliar financeiramente apresentou menos chances de ter percepção negativa de qualidade de vida tanto na análise bruta como na ajustada. Os resultados do estudo estão em consonância com a literatura descrita por André *et al.* (2005) e

Madureira (2007), quando opinam que as interações familiares, a coesão e organização no seio da família e um adequado apoio familiar interferem na qualidade de vida.

Idosas que procuram por grupos de intervenção estão na busca de se relacionar com pessoas que viveram e estão vivendo a mesma experiência, gerando o entendimento das relações entre o idoso e a sociedade. Dessa forma, fica evidente que o convívio social contribui significativamente para que o idoso tenha uma melhor qualidade de vida, mostrando assim, a importância desses grupos para o idoso (CONSALTER, 2012).

A diminuição pelo interesse e convívio social e a redução das atividades de lazer muitas vezes pode levar ao processo de depressão. O incentivo a convivência, a manutenção e estabelecimento das relações sociais são fatores que favorecem o fortalecimento de laços e melhoram a autoestima e consequente percepção positiva de qualidade de vida.

Apesar de o estudo apresentar um NAF ativo para a maioria dos idosos, isso não traduz que os mesmos possam ter ótimos resultados referentes à sua flexibilidade. A dificuldade na realização de atividades funcionais gerou debilidade física a partir do *Sênior Fitness Test*, que apontou relação ruim da percepção negativa de saúde para flexibilidade de membros superiores e inferiores e percepção de qualidade de vida somente para flexibilidade de membros inferiores, sugerindo que, quanto maior a dificuldade do idoso realizar as AVD's pior percepção nessas variáveis analisadas.

Alguns estudos referem que idosos que apresentam dificuldades ao realizar atividades funcionais é indicativo de saúde ruim, sendo o uso de dispositivos um indicador direto de incapacidade (VRANDENBURG et al, 2002).

Outro estudo ainda cita que o processo de deterioração osteoarticular acelera-se a partir dos 65 anos, o que gera uma diminuição da amplitude de movimento causando uma perda importante na qualidade de vida e saúde dessas pessoas. Contrariando de certa forma o estudo, Silva *et al* (2012) comentam que as condições físicas não são suficientes para determinar a forma de o idoso perceber o estado de saúde. Entretanto, algumas condições patológicas e comportamentais contribuem para uma percepção negativa do estado de saúde.

Guimaraes e Farinatti (2005) citam que a diminuição da flexibilidade está associada à ocorrência de quedas no idoso, sobretudo em função de perda de mobilidade de quadril, joelhos, tornozelos e coluna vertebral, gerando alterações no padrão de marcha e dificuldades no desempenho e tarefas cotidianas, como utilizar transportes públicos ou caminhar.

O estudo demonstrou que a agilidade não teve associação de percepção negativa de saúde e qualidade de vida, não obtendo dados significantes. Em relação à agilidade e ao equilíbrio dinâmico, o estudo desenvolvido por Toraman e Yildirim (2010), vai de encontro com o resultado do estudo, já que foi utilizado a bateria de testes físicos *Sênior Fitness Test*, no qual verificou que idosos com maior risco de quedas são aqueles com menores índices de agilidade e equilíbrio dinâmico.

Meireles *et al* (2010) também cita que o envelhecimento causa déficits sobre o sistema mantenedor do equilíbrio humano e isso ocorre porque as estruturas afetadas pelo processo de envelhecimento cerebral desempenham importante função na dinâmica corporal.

Até o momento, são poucas as publicações nacionais sobre a percepção do estado de saúde e qualidade de vida de idosos, em função do crescimento dessa população e da aplicabilidade da autoavaliação do estado de saúde como indicador das condições gerais da população. Pesquisas sobre esta temática possibilitarão conhecer, acompanhar e comparar resultados para orientar a tomada de decisão no tocante à formulação de políticas de saúde para o país.

7. CONCLUSÃO

Os fatores sociodemográficos não apresentaram associação significativa para a percepção negativa de saúde. O responsável financeiro no modelo bruto e ajustado foi significativo, apresentando relação de associação com a percepção negativa de qualidade de vida.

Analizando as variáveis funcionais a flexibilidade de membros superiores e inferiores estiveram associados à percepção negativa de saúde no modo bruto e ajustados. A percepção negativa de qualidade de vida se manteve associada apenas à flexibilidade de membros inferiores.

A variável funcional agilidade não se mostrou associada à percepção negativa de saúde e qualidade de vida em nenhuma das análises bruta e ajustada.

Sendo assim, torna-se importante planejar a elaboração de políticas públicas direcionadas a saúde e ao bem estar da pessoa idosa com constante monitoramento das condições que possam afetar o idoso nas diversas atividades do seu dia-a-dia.

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2013 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2013 – IBOPE.

Aboderin I, Kalache A, Benshlomo Y, Lynch, JW, Yajnik CS, Kuh D, Yach, D. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (2002).

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. Cad Saúde Pública, Rep Public Health. 2008; 24(3):535-46.

American College of Sports Medicine (ACSM). Exercise and Physical Activity for Older Adults. Medicine. Science of Sports and Exercise 2009 Jul; 41(7):1510-30.

André S. Qualidade de vida do doente com diabetes tipo II. Viseu: Escola Superior de Saúde. 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV). (2005).

Aragoni J, Hernandez SSS, Marchesini BL, Simas J, Mazo Z. Independência funcional e estágios de mudança de comportamento para atividade física de idosos participantes em grupos de convivência. Rev Bras Qualid Vida 2013;5(2):31-40.

Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. Soc Sci Med 2003; 56(2):203-17.

Barbanti, VJ. Teoria e prática do treinamento esportivo. 2.ed. São Paulo: Edgard Blucher, 1997. 214 p.

Bárrios MJ, Fernandes AA. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. Rev Port Sau. Pub 2014 Dez; 32(2):188-96.

Barros RP, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, Dario P. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social/El-Moor – Brasília: MPS, SPPS, (2008). 160 p. – (Coleção Previdência Social; v. 28).

Bello M, Reppould Filho RA. Perfil socioeconômico e de saúde dos idosos participantes dos programas de atividade física da prefeitura de Porto Alegre,

RS. Anais do VI Simpósio Nordestino de Atividade Física e Saúde; 2004 2-4 Dez; Recife-Pe.

Beltrão KI, Camarano AA, Mello, EJ. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não esperados dos avanços da Seguridade Rural. Texto apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População, Caxambu, MG, 18-20 de setembro, 2004.

Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHS. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. Ciênc Saúde Colet 2007;12(6):1683-90.

Blazer G. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. Gerontologist 2008;48(4):415-22.

Bonita R, Douglas K, Winkelmann R, De Courten M. The WHO STEP wise approach to surveillance (STEPS) of noncommunicable disease risk factors. In McQueen DV, Puska P eds. Global Risk Factor Surveillance. London, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003:9-22.

Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2012;28:769-80.

Bowling A, Gabriel Z, Dakes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. Int J Aging Hum Dev 2003;56(4):269-306.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Bravo G, Gauthier P, Roy PM, Payette H, Gaulin P, Harvey M. Impact of a 12-month exercise program on the physical and psychological health of osteopenic women. J Am Geriatr Soc 1996;44:756-64.

Caromano FA, Jung TC. Estudo comparativo do desempenho em testes de força muscular entre indivíduos jovens e idosos através da miometria. Revista de Fisioterapia 1999;6:101-12.

Carvalho J. Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. In J Mota, J Carvalho (Eds.): Actas do seminário qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física (pp. 95-104); Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1999.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública. 1997;31(2):184-200.

Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.

Chodzko-Zajko W. Improving quality of life in old age. The role of physical activity. In J Mota, J Carvalho (Eds.): Actas do seminário qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física (pp. 105-117); Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1999.

Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D'orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, 2015;31(5):1049-1060.

Consalter GLT. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva[Internet]. 2012 Jan;17(1): 123-133.

Dachs NW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: Análise dos dados do PNAD/1998. Ciência e Saúde Coletiva 2002.

D'orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. Rev. Saúde Pública [online]. 2011;45(4),685-692.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. RevSaude Publica. 2000;34(2):178-83.

Galárraga, RV, Aguilá, SL, Rajmil, L. Género y saludpercibida em la infância y la adolescência em España. GacSanit2009;23(5),433–39.

Glat R, Pletsch MD. O método de historia de vida em pesquisas sobre percepção de pessoas com necessidades educacionais especiais. Revista Educação Especial 2009; 22(34): 139-54.

Guimarães ACA, Silva FB, Soares A, Fernandes S, Machado Z. Nível de Percepção de Saúde, Atividade Física e Qualidade de Vida de Idosos. R brasili Saude2011;15(4):393-98.

Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. RevBras Med Esp 2005;11(5):299-05.

Höfelmann DA, Garcia LP, Freitas LRS. Self-rated health in Brazilian adults and elderly: Data from the National Household Sample Survey 2008. Salud Publica Mex2014; 56(6):603-11.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. [Acesso em 15/02/2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicadores2010/SIS_2017.pdf Acesso em 31 de março de 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Sinopse do censo demográfico de 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [citado em 12/05/2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/> Isang EYL, Liamputtong P, Pierson J. The views of order chinese people in Melbourne about their quality of life. Ageing&Society 2004; 51-74. Acesso em 31 de março de 2017.

Janney BF, Carol EA. Longitudinal Physical Activity Changes in Older Men in the Osteoporotic Fractures in Men Study. Journal American Geriatrics Society, Malden 2010 Jun;58(6)1128-33.

Joia LC, Ruiz T, Donalisio M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública 2007;41(1):131-8.

José F. População e Meio Ambiente no Novo Regime Demográfico Brasileiro. In: Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Ana Amélia Camarano (Organizadora) / Rio de Janeiro, 2014.

Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? J Gerontol B PsycholSciSoc Sci 1998;53:144-52.

Kallinen M, Markku AA. physical activity and sports injury. Na overview of common sports injuries in the elderly. Sports Med 1995;20:41-52.

Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento. CadSaude Publica. 2003;19(3):700-1.

Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Ver Saude Publica 2005;39(2):311-8.

Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. Rev Bras Epidemiol 2013;16(3):559- 571.

Madureira A. Qualidade de vida do prestador informal de cuidados à pessoa dependente. Viseu: Escola Superior de Saúde. 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2007) (Texto não publicado, disponível na ESSV).

Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev. Atividade Física e Saúde 2001;6(2).

Meireles AE, Pereira LMS, Olibeira TG, Christofolletti G, Fonseca AL. Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *Rev Neurocienc* 2010;18(1):103-8.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18.

Mota J, Carvalho J. Programas de actividade física no concelho do Porto. In J. Mota, J. Carvalho (Eds.): *Actas do seminário qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física* (pp. 20-24); Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1999.

Muszałik M, Dijkstra A, Kedziora-Kornatowska K, Zielisnka-Wieczkowska H, Kornatowski T. Independence of elderly patients with arterial hypertension in fulfilling their needs, in the aspect functional assessment and quality of life (QoL). *ArchGerontolGeriatrics* 2011;52:204-9.

Naranjo JLR, Estrada LC, Ferra RR, Jiménez IP, Rivero JLP. Autonomía e validismo en la tercera edad. *Rev Cubana MedGenIntegr* 2001;17:22-6.

Nogueira SL, Geraldo JM, Machado JC, Ribeiro RCL. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *Rev BrasEstudPopul* 2008;25(1):195-8.

Ocampo-Chaparro JM, Zapata-Ossa HJ, Cubides-Munévar AM, Curcio CL, Villegas JD, Reyes-Ortiz C.A. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *ColombMed* 2013;44(4):224-31.

Organização Mundial de Saúde, OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

Organização Pan-americana da saúde (OPAS). (2003). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF).

Paskulin, LMG. Envelhecimento saudável no sul do Brasil: Enfrentando desafios e desenvolvendo oportunidades para profissionais de saúde e pessoas idosas. Porto Alegre, 2009.

Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos Envelhecimento* 2003;6(1):43-59.

Pinto MVM, Araujo AS, Costa DA, Póvoa HS, Lopes LCP, Silva CM, Silva ALS, Silva VF. Principais benefícios relacionados aos exercícios físicos em idosos. *LecturesEducacion física y deportes* 2008;13(121).

Portrait F; Lindeboom M; Deeg D. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demography*. 2001;38(4):525-36.

Rabelo DF; Lima CFM; Freitas PM; Santos JC. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia* 2010;13(2):115-30.

Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia* 1993;1(1):3-8.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad de Saúde Pública* 2003;19(3):793-8.

Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *CienSaudeColet* 2012;17(12):3353-62.

Reis LA, Torres GV, Silva JPA, Sampaio LS, Reis LA. Perfil epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. *Rev Enfermagem Atual*. 2008;46:19-23.

Rikli R, Jones C. Functional fitness normative scores for community residing older adults, age 60-94. *J AgingPhysAct* 1999;7(2):162-81.

Rusting, RL. Why do we age? *Scientific American* 1992;267(6):130-41.

Santos, JR. Envelhecimento, nível de atividade física, percepção de saúde e qualidade de vida em grupos de convivência de uma mesorregião do Nordeste brasileiro. 2016.

Savonitti, BHR. Qualidade de vida dos idosos institucionalizados. São Paulo, 2000.

Serbim AK, Figueiredo AE. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica* 2011;21(4):166-72.

SERGIPE - Governo do Estado de Sergipe – Secretaria de Estado do Planejamento e desenvolvimento urbano (SEPLAN); Empresa de Desenvolvimento Sustentável do Estado de Sergipe (PRONESE). Projeto Integrado do Estado de Sergipe. Termo 03/2010; Nov 2010.

Silva JM, Gurgel IGD, Santos MO, Gurgel AM, Costa AM. Conflitos ambientais e as águas do rio São Francisco. *Saude So* 2015;24(4): 1208-16.

Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev BrasEpidemiol* 2012;15(1):49-2.

Silveira SR, Cabral GTR, Correa LB, Reis LB. Análise do perfil do idosos atendidos por um Programa de Saúde da Família do bairro Araças em Vila Velha- ES. *Ciênc Saúde Colet* 2007;12(6):1683-90.

Sodergren M, Sundquist J, Johansson SE, Sundquist K. Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health* 2008;8:352.

Spiriduso, WW. *Physical Dimensions of Aging*. Champaign: HumanKinetics, 1995. 432 p.

Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008;10(2):299-9.

Teixeira, DC; Prado Junior, SRR; Lima, DF; Gomes, SC; Brunetto, AF. Efeitos de um programa de exercício físico para idosos sobre variáveis neuro-motoras, antropométrica e medo de cair. *Revista brasileira Educação Física Especializada* 2007;21(2):107-20.

Thomas RW, Sarah AR, Yvonne CL, Elizabeth AH, Dominique KH, Robert WM, Edward MA. Improving physical functional and quality of life in older adults with multiple sclerosis via a DVD-delivered exercise intervention: a study protocol *BMJ Open* 2014;4:12 e006250 doi:10.1136/bmjopen-2014-006250

Tolonen H, Dobson A, Kulathinal S, Sangita A, for the WHO MONICA Project. Assessing the quality of risk factor survey data: lessons from the WHO MONICA Project. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;13:104-14.

Toraman A, Yildirim NU. The falling risk and physical fitness in older people. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;51(2):222–6.

United Nations. *World Population Prospects: the 2010 revision*. New York: Department of Social and Economic Affairs. Population Division; 2011.

Velarde JE, Avila FC. Methods for quality of life assessment. *Salud Pública Méx* 2002; 44(4): 349-61.

Veras R. Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.

Vrandenburg JA, Simoes EJ, Thompson JJ, Murary T. The prevalence of arthritis and activity limitation and their predictor in Missouri. *J Community Health* 2002;27(2):91-107.

Weineck, J. *Biologia do Esporte*. Sao Paulo: Manole. 1991. 599 p.

Whoqol Group. *World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *SocSci Med* 1995; 41:1403–10.

Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev bras geriatr. Gerontol* 2013;16(4): 821-832.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Acesso em 31 de março de 2017.

World Health Organization. The World Report 1998: Life in the 21st Century-A Vision for All. Geneva: World Health Organization, 1998.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM APTIDÃO FÍSICA DE SERGIPE**

Prezado Sr(a)

Temos o prazer de convidá-lo(a) a participar de pesquisa intitulada **“CARACTERÍSTICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS, RISCO CARDIOVASCULAR E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS”** que tem por objetivo caracterizar os sujeitos da terceira idade quanto as especificidades sociodemográficas, de saúde e qualidade de vida.

Com os resultados deste trabalho temos a intenção de favorecer ações acertadas quanto as ações e políticas públicas voltadas ao idoso. Informamos que não é necessária a identificação e que será respeitado o seu direito de não participar do mesmo.

Para este estudo serão levantadas informações referentes ao nível sócio-econômico, percepção de saúde e qualidade de vida e nível de atividade física. Serão tomadas medidas de estatura, massa corporal, circunferências de abdômen, cintura e quadril. Ressaltamos que não há risco para o participante ou possibilidade de constrangimento durante o levantamento destas informações

Ressaltamos que será mantido o anonimato e que os dados serão utilizados apenas para fins acadêmicos e para subsidiar adequadas decisões quanto às políticas de intervenção para o idoso.

Caso haja alguma dúvida, poderemos ser encontrados nos telefones (79) 2105-6537/6597, Departamento de Educação Física/Universidade Federal de Sergipe em contato com o Prof. Dr. Roberto Jerônimo dos Santos Silva.

Neste sentido, gostaríamos de contar com sua colaboração participando de nosso estudo, de maneira que antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Roberto Jerônimo dos Santos Silva

NUPAFISE/UFS

Eu, _____, portador da RG _____ informo que estou ciente dos objetivos da pesquisa intitulada **“CARACTERÍSTICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS, RISCO CARDIOVASCULAR E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS”**, de maneira que concordo em participar da mesma.

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM APTIDÃO FÍSICA DE SERGIPE

Nº Identificação: _____

SEÇÃO 1

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Preencha os dados conforme solicitado, não há necessidade de identificação.

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS			
1. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino 2. Qual sua data de nascimento?: ____/____/____ 3. Qual sua idade? _____	2. Qual sua ocupação? (1) Autônomo (2) Funcionário Público (3) Funcionário de Instituição privada (4) Aposentado (5) Desempregado	3. Há quanto tempo reside no município? (1) Menos de 1 ano (2) 1 a 5 anos (3) 5 a 10 anos (4) Mais que 10 anos	4. O Senhor(a) é o responsável financeiro da família? (1) Sim (2) Não
5. Quantas pessoas residem em sua casa (moram com você)? _____	6. Você acredita que a convivência com outras pessoas ou parentes tem um impacto positivo na sua vida? (1) Sim (2) Não	7. Você tem alguma limitação física ou motora que impeça desenvolver suas atividades diárias? (1) Sim (2) Não	8. Tem auxílio de alguma pessoa ou familiar para realizar as atividades diárias? (1) Sim (2) Não
9. Participa de algum grupo religioso ou frequenta regularmente a igreja? (1) Sim	11. Qual ordem pertence seu grupo religioso? (1) Católico (2)	Variáveis epidemiológicas	
		12. Faz uso de algum	13. Fez ou faz uso de bebidas

(2) Não	Protestante/evangélico	medicamento de uso frequente?	alcóolicas com regularidade?
10. Participa de grupo de convivência? (1) Sim (2) Não	(3) Candomblé/umbanda (4) outros	(1) Sim (2) Não Qual? _____	(1) Sim (2) Não Quanto tempo? _____
14. Fuma ou já fumou com regularidade? (1) Sim (2) Não Quanto tempo? _____	16. Das doenças crônicas relacionadas, quais foram diagnosticadas por médico? (1) Nenhuma doença (2) Doença do coração (3) Diabetes (4) Colesterol alto (5) Hipertensão (6) Osteoporose (7) Outra: _____	17. Teve doença cardíaca diagnosticada por médico? (1) Sim (2) Não Qual? _____	18. Apresentou alguma complicação associada a alguma doença crônica? (1) infarto (2) derrame (AVC) (3) Complicações da visão (retinopatia) (4) Outros.
15. Usa algum tipo de droga ilícita? (1) Sim (2) Não Quanto tempo? _____			

ANTROPOMETRIA		Observações
Massa Corporal: _____	Cintura: _____ Quadril: _____	
Estatura: _____	Abdomen: _____	

Assinale com um **X** a quantidade de itens que possui em sua casa:

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Qual o **GRAU DE INSTRUÇÃO** do **CHEFE DE FAMÍLIA** (principal responsável financeiro)?

Item	Grau de instrução
1	Analfabeto/Fundamental 1 incompleto
2	Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto
3	Fundamental 2 completo/Médio incompleto
4	Médio completo/Superior incompleto
5	Superior completo

SEÇÃO 2

PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

	(Por favor, circule um único número)				
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito Boa
1. Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
(clima, barulho, poluição?)					

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer coisas nestas duas últimas semanas

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa em seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Bom	Muito Bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades diárias?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se **com que frequência** você sentiu

	<i>(Por favor, circule um único número)</i>				
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

SEÇÃO 3

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA VERSÃO CURTA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração **(POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)**

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

SEÇÃO 4

APTIDÃO FÍSICA (Bateria Rikli e Jones, 2005)

TESTE		RESULTADO
Sentar e alcançar na cadeira	em cm (perna direita)	
	em cm (perna esquerda)	
Flexibilidade de ombro	em cm (direita)	
	em cm (esquerda)	
Rosca bíceps sentado	repetições (direita)	
	repetições (esquerda)	
Sentar e levantar da cadeira em 30 segundos – repetições		
Levantar e andar (em segundos)		
Teste cardiorrespiratório (quantidade de passos)		

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO